PROVINCIA
DE SANTA FE

Ministerio de Salud

CARNET DE SALUD ESCOLAR

Apellido y Nombre:

Tipo y Nrº de documento

Fecha de Nacimiento Sexo F ○ M ○

Calle Nº Piso Depto

Localidad C.P.

Departamento

Teléfono/Celular

Establecimiento Educativo

Grado/División/Turno

Apellido y nombre del padre/madre/tutor:

DNI Fecha de Nac

Nació Prematuro Si ○ No ○ Peso al nacer

Cobertura Médica

Efector de Salud responsable del examen:

H.C. Nº

Nombre del Médico responsable del examen:

SEÑORES PADRES

RECUERDEN QUE:

○ Este documento único de salud debe ser presentado a requerimiento de las autoridades educativas con el examen médico actualizado. Debe ser conservado en las mejores condiciones.
○ El Examen médico actualizado habilita para realizar actividades de Educación Física intra e interescolar que respeten la edad, el sexo, y la contextura física del niño/a
○ No habilita para actividades competitivas o de alto rendimiento
○ El cumplimiento de los controles anuales de salud les permitirá conocer el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Marque lo que corresponda.

En menores de 13 años, deberá ser completado obligatoriamente por el padre, la madre o el responsable legal.

En caso que el adolescente concurra solo a la consulta podrá completarla él mismo si conoce los antecedentes.

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
Asma bronquial		
Convulsiones		
Traumatismos de cráneo		
Diabetes		
Alteraciones sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos Mareos Dolor fuerte en el pecho Mayor cansancio que sus compañeros Palpitaciones Dificultad para respirar durante o después de la actividad física		
Vacunación completa		

	SI	NO
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Otro problema en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enf. infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo.		
Alergias		
Tos crónica		
Medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Consume vitaminas		
Problemas de piel		

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años.		
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		

	SI	NO
Obesidad		
Diabetes		
Colesterol elevado		
Tos crónica		

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces

Firma del padre, la madre o el responsable legal

Firma del adolescente (Mayor de 13 años)

Fecha

Aclaración

Aclaración

EXÁMEN FÍSICO

❑ Nivel inicial ❑ 1er. grado ❑ 6to. grado ❑ 2do. año

Fecha			Edad		Peso KG	Talle CM	IMC	TA		Escolaridad
Día	Mes	Año	Años	Meses				Máxima	Mínima	

Dificultad de aprendizaje: ❑ SI ❑ NO	Problema de conducta: ❑ SI ❑ NO
Vacunación: Trajo carnet ❑ SI ❑ NO Está completo: ❑ SI ❑ NO	Vacunas faltantes:

Oftalmología (No se requiere evaluación por especialista)	
Estrabismo: ❑ SI ❑ NO Usa lentes: ❑ SI ❑ NO	Test de Snellen: Agudeza izquierda __ /10 Agudeza derecha __ /10
Derivación: ❑ SI ❑ NO	
Antecedentes:	

Audiológico / Otorrinolaringológico (No se requiere evaluación por especialista)	
Test realizado: ❑ Tato ❑ Otro	Hipoacusia: ❑ SI ❑ NO
Resultado: ❑ Normal ❑ Anormal	Trastorno fonación: ❑ SI ❑ NO
Otros trastornos de la comunicación: ❑ SI ❑ NO	Medicación prolongada:
Derivación: ❑ SI ❑ NO	

Examen físico		Normal ❑ SI ❑ NO		Apto educación física ❑ SI ❑ NO		
Piel y Faneras: ❑ Impétigo ❑ Dermatitis atópica ❑ Otras Dermatitis ❑ Trastornos de la pigmentación ❑ Lesiones ❑ Otras	Cardiovascular: ❑ Soplo benigno ❑ Soplo patológico ❑ Arritmia Pulsos periféricos: ❑ MI ❑ MS ECG: ❑ SI ❑ NO	Respiratorio: ❑ Infección respiratoria alta ❑ Infección respiratoria baja ❑ EPOC ❑ Asma ❑ Otros	Genitourinario: ❑ Infección vías urinarias ❑ Ectopía testicular ❑ Hidrocele ❑ Varicocele ❑ Alteraciones en el estadío de Tanner ❑ Otros	Abdomen: ❑ Hernia abdominal ❑ Hernia inguinal ❑ Hepatomegalia ❑ Esplenomegalia ❑ Masa palpable ❑ Otros	Osteoarticular: ❑ Escoliosis ❑ Alteraciones de la marcha ❑ Pie plano ❑ Otros	Neurológico: ❑ Retraso mental ❑ Trastornos del desarrollo ❑ Convulsiones ❑ Parálisis cerebral ❑ Otros
Observaciones generales:		Tanner grado: G _____/5 VP _____/5	Mecarca/Espermarca: años _____ Información sexual: ❑ SI ❑ NO Trabaja: ❑ SI ❑ NO		FIRMA Y SELLO MÉDICO	
Derivación especialidad:						

EXÁMEN ODONTOLÓGICO

Hábitos perniciosos: ❑ SI ❑ NO	FIRMA Y SELLO ODONTOLÓGICO
Maloclusión: ❑ SI ❑ NO	
Fluor aplicado: ❑ SI ❑ NO	
Caries: _____ Cantidad: _____	Requiere tratamiento: ❑ SI ❑ NO

SELLO EFECTOR PÚBLICO

ESTAMPILLA COLEGIO DE MÉDICOS

ESTAMPILLA COLEGIO DE ODONTÓLOGOS

ESTAMPILLA CAJA DEL ARTE DE CURAR

Si el certificado es confeccionado en un EFECTOR PÚBLICO debe estar sellado por la institución emisora.
Si el certificado es realizado en un EFECTOR PRIVADO debe estar estampillado para que tenga valor legal (Provincia de Santa Fe, Leyes 4.931 y 12.818).